



# **EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES CON CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS**

---

## **NURSING CARE IN PATIENTS WITH PSYCHODRUGS CONSUMPTION**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA  
TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**AUTORA: BEATRIZ GÓMEZ ESCALANTE**

**DIRECTORA: M<sup>a</sup> MAR APARICIO SANZ**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**CURSO ACADÉMICO: 2018/2019**



## ***Normativa del Trabajo Fin de Grado***

### ***Facultad de Enfermería***

#### **Anexo II: AVISO RESPONSABILIDAD UC**

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

## ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO 1: EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS .....</b>	<b>6</b>
1.1. PREVALENCIA DEL CONSUMO SEGÚN EL TIPO DE PSICOFÁRMACO .....	7
1.2. FACTORES QUE DESENCADENAN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS .....	8
<b>CAPÍTULO 2: EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES .....</b>	<b>9</b>
2.1. EL ESTRÉS .....	10
2.2. LA ANSIEDAD .....	11
2.3. LA DEPRESIÓN .....	13
2.4. EL INSOMNIO .....	13
<b>CAPÍTULO 3: LA DELGADA LÍNEA ENTRE EL USO, EL ABUSO, LA ADICCIÓN Y LA DEPENDENCIA .....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 4: ABUSO Y CRONIFICACIÓN DE TRATAMIENTOS. CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO.....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO 5: EL CUIDADO DE ENFERMERÍA .....</b>	<b>17</b>
5.1. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA .....	18
5.2. VALORACIÓN .....	18
5.3. DIAGNÓSTICOS NANDA E INTERVENCIONES NIC PARA EL CUIDADO EMOCIONAL.....	20
5.4. DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN .....	21
5.5. DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS..	22
5.6. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL INSOMNIO .....	23
<b>CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES .....</b>	<b>24</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>25</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>29</b>

## RESUMEN

El consumo de psicofármacos en España, especialmente de ansiolíticos e hipnóticos, se ha disparado en la última década. Muchas personas buscan en estos medicamentos la solución a los problemas de la vida cotidiana. ¿Pero es la solución, o es la vía más “fácil”? La respuesta es ‘No’ a ambas preguntas, porque lo que comienza con un problema de estrés o ansiedad puede convertirse en un problema de dependencia y adicción. Algo similar ocurre con el consumo de antidepresivos, aparentemente más seguros que los anteriores, pero con una gran lista de efectos secundarios.

Los profesionales de Enfermería no podemos intervenir directamente en esta prescripción, pero si podemos evitar en algunas ocasiones que se recurra a ella detectando en las valoraciones de las pacientes respuestas de salud que nos indican un problema potencial de padecer alguna de estas afecciones. Es por ello la importancia de ofrecer un cuidado humanizado con una visión holística sin olvidar por tanto el cuidado emocional. Detectando situaciones de estrés, miedo, rechazo... y realizando las intervenciones enfermeras necesarias para que se alcance un completo bienestar físico, mental y social. *“Poner a las personas en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe”* (Nightingale, 1859).

**Palabras clave:** Salud Mental, Psicotrópicos, Enfermería, Ansiedad, Depresión.

## ABSTRACT

The consumption in Spain of psychodrugs, especially anxiolytics and hypnotics, has exploded in the last decade. Many people use these medicines to cope with everyday problems. Is it a solution, or is it the quick fix? The answer is 'No' to both questions, what can start with a problem of stress or anxiety can become a problem of dependence and addiction. Something similar occurs with the consumption of antidepressants, apparently safer than the previous ones, but with a large list of side effects.

Nursing professionals can not intervene directly in the prescription, but we can sometimes avoid it if we detect symptoms in our assessments what could indicate a potential problem of suffering from any of these disorders. It is for that reason that it is so important to offer a humanized care with a holistic vision without forgetting emotional care. Detecting situations of stress, fear, rejection ... and performing the necessary nurses' interventions so that a complete physical, mental and social well-being is achieved. *"Patients are to be put in the best condition for nature to act on them."* (Nightingale, 1859).

**Key Words:** Mental Health, Psychotropic Drugs, Nursing, Anxiety, Depression.

## INTRODUCCIÓN

Los profesionales de Enfermería llevamos implícito en nuestro rol un abordaje holístico del cuidado y la persona, que abarca el ser bio-psico-social que somos, con el objetivo de poder ayudar a las personas a tener mejor salud. Este cuidado de la salud comprende tanto la salud física como la mental. Desde la Enfermería tradicional son habituales los cuidados que favorecen el bienestar físico. Quizá más reciente, aunque no por ello menos importante, es el cuidado que favorece el bienestar emocional de los pacientes (1).

En los últimos 20 años se ha triplicado el consumo de psicofármacos en nuestro país, como si de una epidemia silenciosa se tratara. Se refiere a pastillas para los nervios y la ansiedad como son los tranquilizantes y ansiolíticos, a pastillas para dormir, los hipnóticos, y a los antidepresivos (2).

¿Pero estamos realmente, tan tristes, tan estresados, tan ansiosos? En la sociedad está presente con mucha fuerza el tema de la felicidad, parece que es casi una obligación. Ser feliz es como la meta, el objetivo de la vida, no se concibe convivir con algún tipo de molestia. Cualquier desviación que nos incomode y nos distancie de esta perfección se redefine como algo anormal o patológico por lo que debe ser reparado, y en este caso a través de las llamadas pastillas de la felicidad. Es lo que se conoce con el nombre de “psiquiatrización de la vida cotidiana”(3).

Algunos autores llegan a proclamar que vivimos en una “sociedad enferma”, una sociedad que es una fuente constante de estrés debido a su ritmo acelerado de vida, a la presión social, a las metas y obligaciones diarias y a la burocratización (4). Evidencias científicas demuestran cómo emociones mal gestionadas, el estrés o la ansiedad condicionan un comportamiento bioquímico y neurofisiológico distinto que nos puede llevar a un proceso de salud o enfermedad según como los gestionemos y según como nos adaptemos a ellos. Es el caso del cortisol, su función principal es la de proporcionar energía preparando al organismo para los momentos de mayor activación en los que es necesario estar alerta. Si el estrés se mantiene, el cortisol alcanza niveles elevados en sangre y esto conlleva una serie de consecuencias fisiológicas como por ejemplo: las urticarias, el insomnio, el colon irritable o la dificultad para dormir, ya que el cortisol disminuye durante el sueño y se activa por la mañana (5).

En un entorno que favorece la medicalización como respuesta, la actuación enfermera podría prevenir o abordar estos procesos desde una perspectiva integrativa, minimizando el uso de fármacos y potenciando aquellas actividades que favorezcan el estado de equilibrio o de salud de la población (1,6).

Todas estas recomendaciones deberán estar basadas en estudios científicos o publicaciones recientes que demuestren su eficacia. Ya hace años y gracias a los psicólogos Salovey y Mayer y más tarde Daniel Goleman que nos iniciaron en el mundo de la Inteligencia Emocional, conocimos la valía que puede tener este tipo de inteligencia para los trabajadores de la salud. Aprendimos la importancia de pararnos a disfrutar del “aquí” y del “ahora” y a conseguir atención plena mediante técnicas como el Mindfulness y la Meditación (6).

## OBJETIVOS

Los objetivos del presente trabajo son tres, uno general y cinco objetivos específicos.

### Objetivo general:






Conocer las actuaciones de los profesionales de Enfermería en la atención al paciente con consumo de psicofármacos.

### Objetivos específicos:

1. Estudiar la evolución del consumo de psicofármacos.
2. Conocer los principales trastornos que favorecen el consumo de psicofármacos.
3. Establecer la relación entre uso, abuso y dependencia de psicofármacos.
4. Explicar los efectos y consecuencias que genera el consumo de psicofármacos.
5. Describir las intervenciones enfermeras en el cuidado del paciente con consumo de psicofármacos.

## ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes artículos, guías y libros. Así mismo, también se ha llevado a cabo la revisión de las referencias bibliográficas citadas en dichos documentos. Las bases de datos consultadas han sido las siguientes:

-  PubMed.
-  Dialnet.
-  Scopus.
-  SciELO.
-  Google Académico.

Utilizándose los términos mencionados a continuación:




#### Descriptores de Ciencias de la Salud: DeCS

Salud Mental  
Psicotrópicos  
Enfermería  
Ansiedad  
Depresión




#### Medical Subject Heading (MeSH)

Mental Health  
Psychotropic Drugs  
Nursing  
Anxiety  
Depression

Los criterios de inclusión han sido los siguientes:

-  Artículos relacionados con el tema a tratar.
-  Artículos publicados entre 2000 y 2019.
-  Artículos escritos en español o inglés.

Los criterios de exclusión:

-  No contener relación relevante con el tema de estudio.
-  No poder acceder al texto libremente.
-  Artículos no escritos en español o inglés.

Además, también se han consultado varios sitios web como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, o la NNNConsult. Así como guías de cuidados enfermeros o de práctica clínica de distintas comunidades autónomas y ponencias de expertos en la materia a tratar.

## DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS

**Capítulo 1: Evolución del consumo de psicofármacos.** Se divide en dos subcapítulos, en los que se desarrollan la prevalencia de su consumo según el tipo de psicofármacos, y los factores que desencadenan el consumo.

**Capítulo 2: Epidemiología de las enfermedades mentales.** Se divide en 4 subcapítulos que abordan las características de las principales enfermedades mentales que desencadenan el consumo de psicofármacos.

**Capítulo 3: La delgada línea entre el uso, el abuso, la adicción y la dependencia.** Se introduce el capítulo con la descripción de una serie de términos para a continuación establecer su relación con el consumo de determinados fármacos.

**Capítulo 4: Abuso y cronificación de tratamientos. Consecuencias a largo plazo.** Se explican los principales efectos del consumo a largo plazo de benzodiacepinas y antidepresivos.

**Capítulo 5: El cuidado de Enfermería.** Aborda las actuaciones que los profesionales de Enfermería pueden llevar a cabo en el cuidado emocional de la persona.

**Capítulo 6: Conclusiones.** Expone las principales reflexiones extraídas de la realización de esta monografía.

## CAPÍTULO 1: EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

En España, el gasto farmacéutico en 2018 experimentó un aumento del 1,7% respecto al gasto registrado en el año 2017. Los psicofármacos tienen un gran peso en este gasto y se encuentran entre los medicamentos más consumidos en la población general (7).

Según la Agencia Española del Medicamento, ha habido un crecimiento continuado de este tipo de fármacos desde el año 2000, situándose España hoy en día, en uno de los países mayores consumidores de Europa. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) nos permiten comparar estos datos en el periodo promedio de 2000-2015. En cuanto al consumo de ansiolíticos (Gráfico 1), España ocupa el tercer puesto de mayor consumo, un 78% superior al consumo medio europeo. En consumo de hipnóticos y sedantes (Gráfico 2), España ocupa el séptimo lugar de mayor consumo y se sitúa en el consumo medio europeo. Respecto al consumo de antidepresivos (Gráfico 3), ocupa el décimo puesto de mayor consumo, algo por encima del consumo medio europeo (7-10).

Gráfico 1.

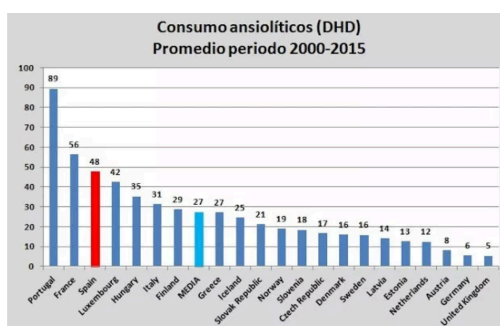


Gráfico 2.

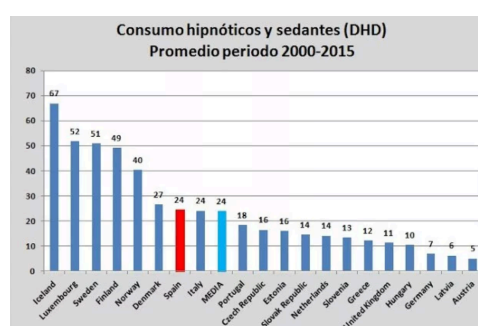
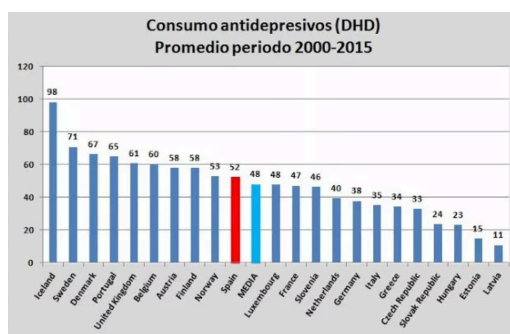


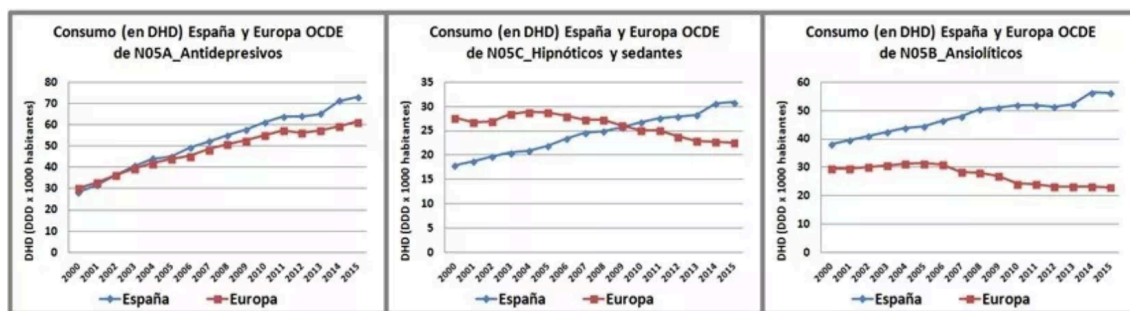
Gráfico 3.



Nota: Gráfico1, Grafico 2, Gráfico 3 extraídos de: Simó J. Uso de psicofármacos en España y Europa (2000-2015). Salud, dinero y atención primaria. 2018.

Teniendo en cuenta la evolución a lo largo de estos años, el consumo español de ansiolíticos ha crecido durante todo el periodo mientras que el consumo europeo está prácticamente constante, comenzando a decrecer a partir del 2007 al 2015. Algo similar ocurre con los hipnóticos y sedantes, cuyo consumo europeo desciende a partir del 2008 hasta 2015. En cuanto al consumo de antidepressivos, el consumo español y el europeo eran similares, pero a partir del 2007, el consumo español supera al europeo del cual se va alejando cada año más (7–11).

Gráfico 4. Evolución del consumo en España comparándolo con el consumo en Europa.



Nota: Extraído de: Simó J. Uso de psicofármacos en España y Europa (2000-2015). Salud, dinero y atención primaria. 2018.

### 1.1. PREVALENCIA DEL CONSUMO SEGÚN EL TIPO DE PSICOFÁRMACO

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2017, el 10,7% de la población consume tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir, y el 4,8% antidepressivos o estimulantes (10).

El Informe del Sistema Nacional de Salud de ese mismo año, sitúa al grupo de ansiolíticos en el tercer lugar de los medicamentos más prescritos (11), situándose el Lorazepam (*Orfidal*) como el tercer fármaco más vendido. Mencionar, que ninguno de los fármacos situados en el “top ten” de los más vendidos, tienen la capacidad de curar ninguna enfermedad (12).

El Programa de Encuestas sobre Alcohol y Otras Drogas en España 1995-2017(EDADES), que permite observar la evolución de las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes y drogas psicoactivas de comercio ilegal, sitúa a los hipnosedantes, donde se incluyen los barbitúricos y las benzodiacepinas, como la tercera sustancia más consumida por la población española por detrás del alcohol y el tabaco (13).



En 2017 la prevalencia de consumo de benzodiacepinas alguna vez en la vida fue del 20,8%, lo que supone un incremento de 2,1 puntos respecto a los datos del 2015, cuando se había producido un descenso respecto al 2013. Y superando la barrera del 20% por segunda vez (13).

Sin embargo, el consumo en el resto de los intervalos de tiempo (últimos 12 meses, últimos 30 días y a diario), ha descendido desde el 2013 (13).

Los hipnosedantes son las sustancias psicoactivas que comienzan a consumirse con mayor edad, junto con los analgésicos opioides. En el 2017 la edad media de inicio fue de 34,4 años (13).

Por sexo, la prevalencia en mujeres es mayor que en hombres a diferencia de lo que ocurre en el consumo de otras drogas (13).

Es habitual que el consumo de hipnosedantes se produzca acompañado del consumo de otras sustancias psicoactivas. Parece ser más probable que en estas situaciones se produzca el consumo sin receta: el 92,3% que admiten haber consumido hipnosedantes sin receta en el último año han consumido otras sustancias psicoactivas (13).

El amplio consumo y difusión se puede relacionar con una baja percepción del riesgo, ya que el consumo de hipnosedantes para la población general es una de las conductas con menor percepción de riesgo. En este sentido, hay que considerar que, si su consumo conllevara un riesgo, podría suponer un freno al consumo. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con otras sustancias, no existen campañas de prevención ni sensibilización (13).

## 1.2. FACTORES QUE DESENCADENAN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

El programa EDADES en su primera publicación de 1995 no incluía el consumo de hipnosedantes. Fue a partir de 2005 cuando se incorporó, desde que los especialistas y organismos oficiales comenzaron a ver un problema con el consumo de dichos fármacos (14).

EDADES 2017 incluyó un apartado con las posibles razones del consumo de hipnosedantes sin receta. Las dos razones señaladas con un mayor porcentaje fueron: “Sobrellevar las situaciones habituales del día a día” y “Afrontar algunos problemas vitales, como pueden ser un divorcio, un despido, la muerte de un familiar, etc.” No se registran diferencias llamativas por sexo, sin embargo, un mayor porcentaje en los hombres reconoce haberlo consumido para “colocarse” o para “incrementar o disminuir los efectos de otras drogas que habían tomado”(14).

La mayoría de los consumidores afirman conseguir los hipnosedantes sin receta a través de un amigo o familiar, a través de una receta médica que les fue recetada con anterioridad, o incluso directamente en la farmacia, pero sin receta (14).

Un estudio, en el que se analizó el consumo de psicofármacos entre los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria en el Principado de Asturias, incluyó los siguientes motivos asociados a dicho consumo en este orden: nerviosismo o ansiedad, síntomas depresivos, trastornos del sueño, acontecimiento traumático, problemas familiares, problemas de trabajo, ataque de pánico/crisis de angustia y drogodependencia. Las mujeres, las amas de casa, los desempleados y las personas con bajo nivel educativo tienen un consumo superior de este tipo de fármacos (15).

En otro estudio también realizado en Asturias, en el que los participantes fueron los propios médicos de Atención Primaria, llegaron al consenso de que los 5 factores más influyentes en la prescripción de benzodiacepinas son: la disminución del umbral de tolerancia de la población al

malestar emocional, el aumento de la prevalencia de patologías, la falta de tiempo en la consulta, los condicionantes socioeconómicos y las propiedades de las benzodiacepinas (2).

## CAPÍTULO 2: EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

La salud mental se define como *“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”*(16)

Como es obvio, el consumo de psicofármacos está relacionado con la prevalencia de enfermedades mentales. Un indicador que expresa el tiempo vivido con una discapacidad y los años de vida perdidos debido a muerte prematura (años de vida perdidos ajustados por discapacidad – AVAD) calcula para las enfermedades mentales valores equiparables a las enfermedades crónicas más frecuentes, como son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (17).

Con ocasión del Día Mundial de la Salud 2017, la OMS puso en marcha una campaña de un año de duración con el lema «Hablemos de la depresión». Esta enfermedad la padecen más de 300 millones de personas en el mundo, y es la principal causa de discapacidad (18).

En los datos recogidos en la última Encuesta Nacional de Salud de España (2017) en la que participaron 23.089 adultos (sujetos a partir de 15 años), se observa que una de cada diez personas declaró haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental. La ansiedad y la depresión fueron las enfermedades más frecuentes. El 6,7% de los adultos refiere padecer ansiedad crónica, 4,3% de los hombres y 9,1% de las mujeres. La depresión se declara en la misma proporción (6,7%). Al igual que la ansiedad, la depresión es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%). Estas enfermedades son más prevalentes en aquellas personas que se encuentran en situación de desempleo que en las que están trabajando. Un 7,9% frente a un 3,1% en el caso de la depresión, y un 9,4% vs 4,4% en el caso de la ansiedad crónica (10).

El estudio ESEMeD- España es parte de un proyecto europeo sobre la epidemiología de los trastornos mentales impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los resultados de este estudio indican que el 19,5% de las personas encuestadas presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida, y el 8,4% en los últimos 12 meses. El trastorno mental más frecuente fue el episodio depresivo mayor, seguido de la fobia específica, el trastorno por abuso de alcohol, y la distimia. Los factores que predisponen el padecer un trastorno mental fueron el sexo femenino, estar separado, divorciado o viudo, y estar desempleado, de baja laboral o con una incapacidad (19).

La Sociedad Española de Neurología (SEN) alerta que entre un 20 y un 48% de la población adulta sufre dificultad para iniciar o mantener el sueño, siendo el insomnio el trastorno del sueño más prevalente (20).

El insomnio, la ansiedad, el estrés y la depresión parecen haberse convertido en compañeros inseparables de los españoles. En los siguientes subcapítulos se explica cada una de ellas.

## 2.1. EL ESTRÉS

El estrés forma parte de la vida cotidiana. Se presenta cuando la persona se siente sobrepasada ante las demandas de la vida. Una situación puede ser entendida como estresante cuando ejerce un impacto negativo sobre el sujeto. La persona se siente ansiosa y tensa cuando evalúa que las demandas del entorno sobrepasan sus recursos. El estrés es un conjunto de reacciones fisiológicas, de tensión física o emocional que nace como respuesta a una situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, nervioso o furioso. Es una respuesta automática y natural que da el organismo para adaptarse a las diversas situaciones y demandas que resultan amenazadoras o desafiantes. Es imprescindible para la supervivencia de la persona (21–23).

Existen dos tipos de estrés. El “Eustrés” o estrés positivo, que en cantidades moderadas puede ser benigno, incluso beneficioso, es adaptativo y estimulante y aporta la fuerza positiva necesaria para culminar con éxito una situación o prueba complicada. Es una reacción prevista por nuestra naturaleza para superar los retos de la vida. Cuando el estrés es negativo se denomina “Distress” y por el contrario, es desadaptativo y provoca una respuesta inadecuada, debilitante y destructiva (21–24).

No obstante, no podemos forzar al organismo a que responde así permanentemente ante cualquier situación. El cerebro, ante una situación estresante, estimula a que el hipotálamo envíe un mensajero químico a la hipófisis, la cual excreta una hormona al torrente sanguíneo. Al llegar a las glándulas suprarrenales, esta hormona estimula la liberación de adrenalina y noradrenalina en la médula suprarrenal y cortisol en la glándula suprarrenal. La adrenalina aumenta la frecuencia cardíaca y respiratoria. Con ayuda de la noradrenalina los sentidos se agudizan, las pupilas se dilatan y los músculos se tensan. En definitiva, el cuerpo adquiere un estado de alerta que lo prepara para luchar o huir de esa situación estresante. El efecto del cortisol es más prolongado, estimula la liberación de glucosa en la sangre y promueve la liberación de dopamina. El problema surge cuando el organismo se somete a situaciones prolongadas de estrés y la glándula suprarrenal libera cortisol en exceso provocando consecuencias fisiológicas como la falta de memoria ya que la abundancia de cortisol atrofia las neuronas asociadas a la memoria, potencia el estado de alerta generando ansiedad, inhibe la secreción de neurotransmisores como la dopamina y la serotonina, sustancias que en caso de déficit desencadenan depresión (25).

Para combatir al enemigo, lo primero es conocerlo. Las experiencias estresoras vienen de tres fuentes:

1. *Nuestro entorno*: rigidez horaria, carga de trabajo excesiva, normas de conducta, máxima responsabilidad, etc.
2. *Nuestro cuerpo*: adolescencia, envejecimiento, enfermedades, accidentes, cambios en los hábitos alimentarios y de sueño, etc.
3. *Nuestro pensamiento*: la manera de percibir nuestro entorno determinará como será la respuesta al medio que nos rodea (24).

El estrés forma parte de la vida cotidiana. Las situaciones que generan el estrés muchas veces no van a desaparecer. Estas situaciones de estrés afectan a las personas no por como son en si mismas si no por la forma en que son percibidas y evaluadas por el sujeto. Normalmente las personas consideran que una situación es estresante porque la perciben como una amenaza que sobrepasa sus capacidades de hacerla frente y pone en peligro su bienestar emocional hasta el punto de poder llegar de perder el control. Que el estrés repercuta o no en la salud mental, va a depender de cómo se gestione la fuente de estrés. La solución no es el consumo de fármacos, solo sería poner un parche ya que el problema original sigue existiendo. Problema, que como se ha mencionado previamente, puede derivar en otras enfermedades también relacionadas hoy en día con el consumo de psicofármacos como son la ansiedad, la depresión y

el insomnio. Debemos por tanto aprender a manejar el estrés, aprender a relativizar y a priorizar a organizar nuestras situaciones cotidianas.

## 2.2. LA ANSIEDAD

La ansiedad es el mecanismo de defensa que posee nuestro organismo para estar alerta ante cualquier peligro. En numerosas veces ansiedad y estrés se utilizan como sinónimos, sin embargo, la ansiedad es un sentimiento, es la reacción emocional de alerta ante un peligro o amenaza sin que necesariamente haya agentes estresantes (26).

El estrés produce ansiedad, pero el individuo que padece ansiedad no necesariamente padece estrés (26).

Esta respuesta de ansiedad que incita a actuar y ayuda a enfrentarse a situaciones amenazadoras puede llegar a ser patológica. Se convierte en patológica cuando altera el comportamiento del individuo, dejando de ser una respuesta adaptativa y convirtiéndose en una amenaza que el individuo no puede controlar provocando un conjunto de manifestaciones a nivel cognitivo, fisiológico y motor (27).

Este modelo de triple sistema de respuesta propuesto por Peter Lang (1968) se describe a continuación:

- *Subjetivo (verbal-cognitivo)*: se caracteriza por un estado de alarma, preocupación, aprensión, inquietud, pensamientos intrusivos. El individuo experimenta un estado emocional negativo equivalente al miedo.
- *Fisiológico (somático)*: hace referencia a la activación del sistema nervioso autónomo. Esta reacción puede conllevar la aparición de síntomas a nivel cardiovascular (palpitaciones, taquicardia, aumento de la tensión arterial), a nivel respiratorio (ahogo, opresión torácica, sofoco), a nivel neurovegetativo (descenso de la salivación, sudoración, mareos) y a nivel neuromuscular (temblor, tensión muscular, parestesias). Ser consciente de estos estados contribuye al aumento de la respuesta de ansiedad.
- *Motor (conductual)*: se corresponde con los comportamientos que se observan en el sujeto como respuesta al escape o huida. Entre ellos, paralización motora, tics, hiperactiva, dificultades de expresión verbal, etc.

Estos tres sistemas no tienen por qué ocurrir simultáneamente (28).

La edición vigente del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, abreviado DSM), DSM-5, incluye los siguientes trastornos de ansiedad (TA) en adultos:

Tabla 1. Trastornos de ansiedad.

Trastorno	Características
<b>Fobia específica</b>	Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo- ansiedad.  Estímulo fóbico: animal, entorno natural, sangre, heridas, inyecciones...
<b>TA social</b>	Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros.
<b>Trastorno de Angustia</b>	Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.
<b>Agorafobia</b>	Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares públicos o situaciones donde es difícil escapar o es difícil obtener ayuda.  Situaciones: transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de la multitud, y/o estar solo fuera de casa.
<b>TA generalizada</b>	Aparición progresiva y permanente de síntomas intensos de ansiedad, sin una causa real que los provoque.
<b>TA inducido por sustancias/medicación</b>	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas.
<b>TA debido a otra enfermedad médica</b>	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica
<b>Otros TA especificados</b>	Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos

Nota: Adaptado de Tortella-Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. C Med Psicosom. 2014;(110):62-9. (29) y Unidad 3. Estrés y ansiedad [Internet]. [citado 15 de mayo de 2019]. p. 1-18. Disponible en: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf>

Los síntomas de la fobia específica, el TA social, el trastorno de angustia, la agorafobia y el TA generalizada deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

### 2.3. LA DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por sentimientos de tristeza y pérdida de interés y satisfacción por actividades anteriormente placenteras (30).

Al igual que ocurría en la ansiedad, una reacción estresora puede provocar depresión. La acumulación de acontecimientos estresantes, incluso aquellos que pueden ser susceptibles de una interpretación positiva, pueden acabar produciendo un estado depresivo y/o ansioso. Las situaciones de estrés positivas o negativas exigen un mayor esfuerzo a los mecanismos de neurotransmisión cerebral e inicialmente producen una activación del funcionamiento cerebral que muchas veces es acompañado de ansiedad y de estado de hiperalerta, pero al cabo del tiempo estos mecanismos sufren un agotamiento progresivo que puede desencadenar en un cuadro depresivo. Esto justificaría la comorbilidad existente entre la ansiedad y la depresión (31).

Hay muchas situaciones que pueden provocar un sentimiento de tristeza, como la muerte de un ser querido. El problema radica en qué se considera un estado patológico, y qué se considera un estado natural.

Las manifestaciones clínicas que presenta una persona con depresión pueden ser muy variadas (28,32):

- Síntomas emocionales: el síntoma más destacado es la tristeza, presente en la mayoría de los pacientes. También puede predominar la desesperanza, el pesimismo, la falta de ilusión o la irritabilidad.
- Síntomas cognitivos: síntomas derivados de la visión negativa que el individuo tiene sobre sí mismo, el mundo y el futuro (Beck, 1976). Se producen alteraciones en la atención, concentración y memoria, pensamientos negativos, ideas autolíticas.
- Síntomas volitivos: la apatía, la abulia, la pérdida de iniciativa, motivación y de capacidad de decisión pueden presentarse en las personas con depresión.
- Alteraciones de la conducta: puede presentarse retardo psicomotor, clinofilia, conductas suicidas.
- Alteraciones somáticas: alteraciones del sueño, astenia, estreñimiento, cefaleas, alteraciones del deseo sexual.

### 2.4. EL INSOMNIO

El insomnio es uno de los trastornos del sueño más generalizado en la población. Se dice de una persona que sufre de insomnio cuando tiene dificultad para conciliar el sueño (insomnio de conciliación), permanecer dormido durante toda la noche (insomnio de mantenimiento) o tiene un despertar precoz con incapacidad para volver a conciliar el sueño. Como se comentó previamente, el estrés y el insomnio están relacionados, apareciendo este último tras acontecimientos o situaciones de estrés.

*“El sueño y el descanso son necesidades básicas e imprescindibles de la persona por las importantes funciones reparadoras que ejercen en el organismo, contribuyendo a la salud física y psicológica del mismo”* (Henderson, 1947). La falta de sueño repercute en el rendimiento de

las actividades diurnas, en el funcionamiento social y laboral, puede producir alteraciones del humor como la irritabilidad (33). Además, los individuos con insomnio tienen más predisposición de presentar enfermedades cardíacas, problemas gastrointestinales, dolor crónico o depresión (34). Del mismo modo, es un síntoma frecuente que puede aparecer en procesos patológicos en los que haya dolor o malestar, en trastornos mentales como los trastornos del estado de ánimo, la esquizofrenia o los trastornos de la conducta alimentaria, o también puede aparecer con el consumo de determinadas sustancias psicoactivas (33).

Las personas que sufren de insomnio de manera repetida desarrollan un miedo creciente a padecerlo y a sufrir las consecuencias que ello conlleva. Lo que debería ser un momento de descanso se convierte en una pesadilla (33).

El diagnóstico del insomnio está basado principalmente en la queja del sueño expresada por el paciente. Existen además cuestionarios o escalas que pueden ser de utilidad para completar el diagnóstico (33).

Es importante, si fuera el caso, que acudiera la persona con la que comparte dormitorio ya que podría facilitar datos sobre el sueño que quizá el paciente desconozca (33).

Finalmente, para confirmar que se trata de un problema de insomnio, los síntomas deben producirse como mínimo tres noches a la semana y estar presentes al menos durante tres meses. Se debe descartar que sea secundario al consumo de alguna droga o medicamento, y que estos síntomas no sean atribuibles a otros trastornos del sueño como la narcolepsia o la parasomnia (33).

### **CAPÍTULO 3: LA DELGADA LÍNEA ENTRE EL USO, EL ABUSO, LA ADICCIÓN Y LA DEPENDENCIA**

Se entiende como uso de sustancias, cuando el consumo no tiene consecuencias inmediatas sobre el individuo ni sobre su entorno.

El uso compulsivo o abuso, es un patrón de consumo, que bien por su cantidad, frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, genera consecuencias negativas en el propio consumidor y/o en su entorno (35,36).

La dependencia implica la necesidad de consumir dosis repetidas de la sustancia para encontrarse bien o no sentirse mal. El individuo presenta una serie de síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales que indican que presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas. Existen dos tipos de dependencia: la psicológica, y la física. La psicológica es el fuerte deseo de continuar el consumo para experimentar el placer o el sentimiento de bienestar. La dependencia física, es el estado de adaptación del organismo a la sustancia, seguido normalmente de la aparición de tolerancia, y tras la privación, de un síndrome de abstinencia (35,36).

La tolerancia se produce al necesitar dosis más altas de una determinada sustancia para conseguir el efecto que se conseguía al principio con dosis más bajas. La tolerancia puede ser física, psicológica o conductual en función de unos factores fisiológicos y psicosociales. Teniendo en cuenta los factores fisiológicos, puede desarrollarse tolerancia tanto metabólica como funcional. En la metabólica, el organismo es capaz de eliminar la sustancia con mayor rapidez, mientras que en la funcional se produce una disminución de la sensibilidad del sistema nervioso central a la sustancia. La tolerancia conductual es un cambio en el efecto de la sustancia



producido como consecuencia del aprendizaje o la alteración de las restricciones del entorno, es decir, la persona aumenta la dosis para obtener efectos más intensos. La tolerancia aguda es la adaptación rápida y temporal al efecto de una sustancia tras la administración de una sola dosis. La tolerancia inversa, denominada también sensibilización, es un estado en el cual la respuesta a la sustancia aumenta con el consumo repetido (35,36).

En la adicción, la persona adicta, realiza un uso repetido. Tiene enorme dificultad para interrumpir o modificar dicho consumo y se muestra decidido a la obtención de la sustancia de cualquier manera. Por lo general, se manifiesta por la aparición de tolerancia y de síndrome de abstinencia cuando se interrumpe el consumo. La adicción también supone una repercusión perjudicial para la persona y la sociedad (35,36).

En lo referente a los antidepresivos, se puede dar un consumo repetido o inapropiado, pero no tienen el potencial de dependencia que pueden llegar a tener las benzodiacepinas.

El uso de benzodiacepinas para el trastorno de la ansiedad es una herramienta indiscutiblemente valiosa, encontrándose el diazepam en la lista de los medicamentos esenciales de la OMS. Sin embargo, un uso prolongado genera una gran dependencia (37).

En las guías de tratamiento para el insomnio, se recomienda la terapia cognitivo conductual como primera opción. En el caso de optar por una benzodiacepina, las de vida corta o intermedia sería la opción más adecuada, no prolongando su uso a más de cuatro semanas (38).

De igual modo sucede con el tratamiento de la ansiedad generalizada y del trastorno de angustia, quedando las benzodiacepinas en un segundo plano, y solo están indicadas cuando sea crucial el control rápido de los síntomas, o bien mientras se espera al tratamiento bien sea este farmacológico, psicoterapéutico o combinado (39).

El comité para la seguridad de los medicamentos (*Committee on Safety of Medicines*), de la Agencia Británica de Medicamentos y Productos Sanitarios, es todavía más restrictivo en el uso de benzodiacepinas. La recomendación es que “las benzodiacepinas como tratamiento del insomnio o la ansiedad deben utilizarse solo en el alivio sintomático, con una duración de tratamiento de entre 3 y 4 semanas (incluyendo la retirada gradual) y únicamente cuando se trate de procesos graves, incapacitantes o que sometan al paciente a una tensión inaceptable. En ansiedad leve o pasajera su uso es inadecuado. En trastornos mixtos ansioso-depresivos el tratamiento no debe superar las 2 semanas”(40).

A pesar de las indicaciones y duraciones aconsejadas de las Guías de Práctica Clínica, es frecuente encontrar pacientes que reciben tratamientos con una duración superior a la recomendada (41).

#### **CAPÍTULO 4: ABUSO Y CRONIFICACIÓN DE TRATAMIENTOS. CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO**

Los antidepresivos, a pesar de no originar trastornos en el consumo, no están exentos de producir efectos secundarios. La opinión general es que los antidepresivos son fármacos seguros y eficaces, sin embargo, estudios señalan que la mayor eficacia se produce en depresiones graves. No se deben aplicar en casos de depresión leve, ni tienen utilidad para confortar una ruptura o una pérdida aunque la industria luche para tener una solución química contra cualquier tristeza (42,43).

Entre las consecuencias de la toma de antidepresivos se encuentra el deterioro cognitivo. Su uso prolongado se asocia a un mayor riesgo de deterioro cognitivo leve y a una mayor



probabilidad de padecer demencia. También perjudica el rendimiento al volante, aumentando el riesgo de accidentes de tráfico (44).

Su consumo puede causar muerte neuronal, contrario a la creencia de que los antidepresivos facilitaban el desarrollo de nuevas neuronas. Esta muerte neuronal está provocada por un daño estructural que explicaría por qué algunas personas que consumen estos psicofármacos pueden desarrollar síntomas parkinsonianos y discinesia tardía (44).

Relacionado con la muerte celular, es preciso mencionar, aunque no sea un efecto adverso, que pueden resultar potencialmente útiles en el tratamiento del cáncer cerebral. Se ha realizado un estudio con ratones en el que se combinan fármacos anticoagulantes con antidepresivos comunes donde se ha evidenciado el poder sinérgico de ambos fármacos para reducir la progresión de ciertos tumores cerebrales agresivos como el glioblastoma (44,45).

Sin embargo otros estudios los relacionan con un mayor riesgo de sufrir cáncer de mama (44).

Algunos antidepresivos se han diseñado para modificar los mecanismos que regulan la serotonina. Esto puede dar lugar a una mayor concentración de este neurotransmisor en la mucosa intestinal y provocar diarrea, malas digestiones o síndrome de color irritable(44).

También pueden originar problemas en el funcionamiento sexual. Se reduce el deseo sexual, el orgasmo y la excitación. Pueden interferir en el apego y el amor romántico, ya que la función de los antidepresivos es elevar los niveles de serotonina, sustancia que suprime a la dopamina, neurotransmisor relacionado con la expresión de las emociones (44,46).

El uso de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina está asociado con el incremento de riesgo de accidente cerebrovascular hemorrágico, ya que la serotonina facilita la coagulación de la sangre. Este riesgo aumenta si se combina con medicamentos que alteran el proceso de la coagulación como la aspirina, el ibuprofeno o la warfarina (47).

Como se ha mencionado previamente, el consumo de benzodiacepinas, al contrario que ocurre con el alcohol y otras drogas, no es percibida como una conducta de riesgo por parte de la población. Existe falta de conciencia sobre los efectos adversos de su consumo.

Los inconvenientes a largo plazo, además de su capacidad para producir tolerancia y dependencia incluyen:

- **Sedación y alteraciones psicomotoras** que incrementan las posibilidades de caídas y otros accidentes tanto en el hogar como en el trabajo, e incluso riesgo de accidentes de tráfico.

Cabe mencionar a los ancianos como el grupo de riesgo más sensible a sufrir los efectos adversos de las benzodiacepinas. Diversos estudios señalan la relación entre el consumo de estas y el aumento de riesgo de caídas (48,49).

- **Riesgo de deterioro cognitivo.** Los efectos sobre la cognición son relevantes en la medida que afectan al rendimiento durante el día, pero la tolerancia puede disminuir este efecto con el tiempo. Existen estudios que demuestran una mejora del rendimiento una vez suspendido el uso crónico de las benzodiacepinas (50).

Otro efecto derivado del consumo de benzodiacepinas es la amnesia retrógrada, aún con dosis terapéuticas. Este efecto puede asociarse a conductas inadecuadas, por lo que los pacientes deberían asegurarse poder dormir de forma ininterrumpida durante 7-8 horas (51).

Una vez más, los ancianos son un grupo de riesgo para sufrir los efectos adversos de las benzodiacepinas. La Sociedad Americana de Geriátrica señala que hay que evitar el uso de benzodiacepinas como primera opción de tratamiento en insomnio, agitación o

delirio. Cuando se prescriba una benzodiacepina en un anciano hay que estar alerta ante la posible aparición de problemas cognitivos. Varios estudios demuestran que el uso de benzodiacepinas incrementan el riesgo de demencia y enfermedad de Alzheimer en la población geriátrica (52).

- **Anestesia emotiva, embotamiento de las emociones.** Con el consumo habitual y a largo plazo puede aparecer incapacidad de sentir placer o dolor. También incluso puede causar o agravar la depresión. Las benzodiacepinas frecuentemente se prescriben para casos mixtos de ansiedad, trastornos del sueño y depresión, pudiendo precipitar al suicidio.
- **Efectos paradójicos estimulantes.** En ciertas ocasiones, paradójicamente, las benzodiacepinas pueden provocar un aumento del nivel de ansiedad, insomnio, irritabilidad o conductas agresivas. Estas conductas son más frecuentes en niños y ancianos (40).

Mencionar en este capítulo, que las benzodiacepinas son los fármacos implicados en el mayor número de intoxicaciones medicamentosas que se producen en España, a pesar de seguir con una tendencia a disminuir, como el resto de psicofármacos.

Durante el periodo de 5 años entre 2010 y 2014, el aprazolam y el diazepam se encontraban entre los diez fármacos usados con mayor frecuencia en los casos de muerte por sobredosis en Estados Unidos (53,54).

## CAPÍTULO 5: EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

*“Los cuidados enfermeros se caracterizan por ser complejos, sustentados en evidencias y conocimientos científicos y ejecutados a través de una preparación específica previa. Son cuidados que, desde la perspectiva de algunos autores, han de ser concebidos como una necesaria combinación entre el rigor científico (saber analítico-instrumental) y la atención a los sentimientos y la emoción (saber emocional) (Boff, 2002; Henderson, 1994; Watson, 2007)”(55).*

Por esa razón, las enfermeras debemos integrar en los planes de cuidado aquellas intervenciones dirigidas al cuidado emocional.

Hoy en día, sigue presente la idea de que una buena enfermera es aquella que realiza técnicas con habilidad y destreza, que hace cura. Quizá este concepto y visión está ligado al propio término “enfermería”, cuyo origen etimológico ha asociado la enfermería con el cuidado de enfermos. La propia definición enfermera de la RAE (56): *“Profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas”*, tampoco ayuda mucho reduciendo la realidad de la profesión a su mínima expresión, con una pérdida de matices.

Pero además de las intervenciones delegadas y de colaboración, las enfermeras podemos poner en práctica toda nuestra competencia autónoma interviniendo sobre las respuestas humanas que generan en las personas tanto situaciones de enfermedad como de salud. Nuestro objetivo es que las personas alcancen el máximo nivel de salud posible (57).

Para abordar las distintas actuaciones con rigor científico, utilizamos el lenguaje enfermero universal triple NNN (NANDA, NOC, NIC). El Real Decreto 1093/2010, del 16 de septiembre de 2010 regula el conjunto mínimo básico de datos que deben aparecer en los informes de Enfermería, donde se incluyen los diagnósticos enfermeros resueltos y activos, los resultados y las intervenciones según la taxonomía NNN.

### 5.1. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

A continuación, se expone el esquema de pensamiento y actuación de los pasos a seguir en el proceso de Enfermería (Figura 1), y la estructura para la realización de un diagnóstico enfermero (Figura 2).

Figura 1. Proceso de Atención de Enfermería



Nota: Extraído de: NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017. Elsevier; 2015.

Figura 2.



Nota: Extraído de: NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017. Elsevier; 2015.

### 5.2. VALORACIÓN

La valoración es la primera etapa del proceso y determinará el estado de salud de la persona. Los datos que se recojan servirán para elaborar el futuro plan de cuidados.

Existen distintos tipos de valoración dependiendo del modelo enfermero. Para valorar la salud mental es común utilizar el modelo de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

Marjory Gordon define los Patrones Funcionales como “una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial en el tiempo”(58–60).

La valoración de los patrones funcionales permite obtener datos físicos, psíquicos, sociales, del entorno, de las creencias y valores, de la cultura...Aunque estos patrones estén divididos, no se

deben interpretar de forma aislada, pues el funcionamiento humano ha de verse desde una perspectiva integral (58–60).

Estos 11 patrones se pueden calificar como funcionales o disfuncionales. Los patrones funcionales son aquellos que describen un nivel adecuado de salud, mientras que los disfuncionales o potencialmente disfuncionales describen situaciones que no se corresponderían con una respuesta de salud adecuada repercutiendo en el individuo, la familia y/o la comunidad (58–60).

El Patrón 1: Percepción - Manejo de la Salud, describe como percibe la persona su propia salud y bienestar y las prácticas que lleva a cabo para mantenerla. En pacientes de salud mental es frecuente encontrarse abandonos de tratamiento o dificultad para seguir el mismo, descuido personal, consumo de tóxicos como podría ser el abuso de psicofármacos, falta de interés en conductas preventivas lo que les predispone a sufrir accidentes o padecer problemas de salud (58–60).

El Patrón 2: Nutricional – Metabólico, recoge información sobre los hábitos y conductas dietéticas, datos como el peso, la talla, la temperatura y el estado de la piel y faneras. En este patrón se incluirían aquellos diagnósticos relacionados con la nutrición como la ingesta por exceso o por defecto, concepciones erróneas sobre la dieta o con el cuidado y el estado de las uñas, mucosas o de la boca que pueden verse afectados como consecuencia de una alimentación poco adecuada (58–60).

El Patrón 3: Eliminación, como su propio nombre indica, valora la función excretora del organismo. Puede verse alterada como consecuencia de una alteración en el patrón anterior (58–60).

El Patrón 4: Actividad – Ejercicio, describe el movimiento en general, la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, el desempeño de actividades que suponen un gasto energético. Los pacientes generalmente están lejos de integrar en su vida diaria actividades saludables o de ocio: cuidado del hogar, higiene personal, vestuario adecuado, cocinar...(58–60).

El Patrón 5: Sueño – Reposo, puede verse afectado por desajustes en el patrón del sueño que puede derivar en el consumo de hipnóticos (58–60).

El Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo, describe entre otros, el correcto funcionamiento de los órganos de los sentidos, las capacidades sensorio-perceptivas y cognitivas (atención, orientación, conciencia, percepción, lenguaje...la presencia de dolor. En este patrón pueden aparecer problemas como la inadecuada interpretación de la realidad, la disminución de capacidad de aprendizaje o de resolución de problemas o la falta de capacidad para integrar las situaciones de crisis como elementos de crecimiento personal (58–60).

El Patrón 7: Auto percepción – Autoconcepto valora la percepción y el concepto que tiene la persona de sí misma. Generalmente estos pacientes presentan baja autoestima, se sienten poco valiosos. Las creencias sobre sí mismo interfieren en su calidad de vida (58–60).

El Patrón 8: Rol – Relaciones, permite conocer cómo se relaciona el individuo con el resto de las personas que conforman su entorno. Pueden aparecer sentimientos de soledad, dificultad para establecer y mantener relaciones, para buscar o mantener un empleo...(58–60).

El Patrón 9: Sexualidad – Reproducción puede verse afectado en los pacientes generalmente asociado a una pérdida de deseo sexual (58–60).

El Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al Estrés indica un patrón general de adaptación, generalmente caracterizado por la incapacidad o dificultad para afrontar las situaciones estresantes de la vida cotidiana (58–60).

Por último, el Patrón 11: Valores – Creencias, que recogería la existencia de algún conflicto entre sus creencias o las preocupaciones relacionadas con la vida y la muerte, por ejemplo (58–60).

### 5.3. DIAGNÓSTICOS NANDA E INTERVENCIONES NIC PARA EL CUIDADO EMOCIONAL

Para la realización de un buen cuidado emocional de los pacientes, NANDA dispone de múltiples diagnósticos enfermeros con sus correspondientes resultados esperados e intervenciones. Cada dos años realiza revisiones periódicas y basándose en la evidencia y la práctica, puede incluir nuevos diagnósticos, modificar los actuales o retirarlos. Añadir, que, en la última edición disponible, NANDA 2018-2020, ha incluido entre otros, dos diagnósticos relacionados con la retirada de sustancias (síndrome agudo de retirada de sustancias y riesgo de síndrome agudo de retirada de sustancias) (61).

En la Tabla 2 (ver Anexo 1) se recogen una serie de diagnósticos en función de los 11 patrones funcionales.

Cuando se han establecido los diagnósticos y los objetivos NOC que se desean alcanzar, se planifican una serie de intervenciones enfermeras que permitirán que el paciente alcance dichos objetivos. Estos objetivos deberán de cumplir algunas características como que sean realistas, alcanzables por el paciente y ajustados a su ritmo personal de cambio para poder resolver así el problema de salud.

Existen diversas y variadas intervenciones NIC destinadas al cuidado emocional. Los profesionales de Enfermería, además de conocerlas, debemos adquirir los conocimientos y competencias necesarios para poder utilizarlos en el cuidado de las personas.

En la siguiente tabla se exponen algunas de estas intervenciones (1):

Tabla 3. Intervenciones NIC.

Acupresión (1320)	Masaje (001480)	Terapia asistida con animales (4320)
Aromaterapia (1330)	Musicoterapia (004400)	Facilitar la meditación (5960)
Educación para la salud (5510)	Tacto terapéutico (005465)	Mejorar el afrontamiento (5230)
Escucha activa (4920)	Terapia con el entorno (4390)	Apoyo en la toma de decisiones (5250)
Manejo de la energía (0180)	Aplicación de frío/calor (1389)	Potenciación de la autoconciencia (5390)
Manejo del dolor (1400)	Estimulación nerviosa transcutánea (1540)	Ayuda para el control del enfado (4640)
Mejora de la imagen corporal (5220)	Mejorar el afrontamiento (5230)	Apoyo emocional (5270)
Mejorar el sueño (1850)	Escucha activa (4920)	Acuerdo con el paciente (4420)

Nota: Adaptado de Cardeñoso R. Intervenciones Enfermeras (NIC) para el cuidado emocional. ¿Por qué y cómo cuidamos las enfermeras el estado emocional de las personas. 2019.(1), Colomer A, Benedí J, Granada J, Rams M. Guía de cuidados enfermeros en la red de salud mental

de Aragón. 2003. (58) y Caminero P, Castelo C, Cañizares G, Gonzalez M, Luna M, Merchan J, et al. Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid. 2010.

Al igual que en todas las profesiones dedicadas al cuidado de la salud, los profesionales de Enfermería debemos actuar basándonos en la evidencia científica. Es importante dedicarse a la investigación, pero además es obligatorio consumir investigación para poder prestar unos cuidados óptimos y de calidad, haciendo avanzar así la disciplina enfermera.

Un ejemplo puede ser la meditación, mencionada previamente en la introducción de este trabajo e incluida en NANDA como intervención enfermera. Se conoce que su práctica, produce efectos en el cerebro y en el sistema inmune de manera positiva. La meditación aumenta la actividad en el cortex prefrontal izquierdo, área del cerebro relacionada con la felicidad y como consecuencia hay mayor alegría, vitalidad, optimismo...y menor actividad en la área derecha, área del estrés, la ansiedad, la depresión y la preocupación (24,62).

#### 5.4. DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad mental, en ocasiones crónica, que constituye un problema de salud pública en la actualidad. Los profesionales de Enfermería, en especial los de Atención Primaria, tienen una larga trayectoria en el manejo y seguimiento de enfermedades crónicas como la hipertensión o la diabetes, pero sin embargo no se ha asumido el mismo rol para el abordaje de enfermedades mentales como la depresión. Existen estudios donde se ha demostrado la eficacia de un abordaje multidisciplinar desde Atención Primaria con la participación del profesional de Enfermería (62).

En la consulta de Enfermería se realizará una valoración completa donde se detectarán respuestas inadecuadas de salud a algunos de los patrones funcionales y se realizarán los diagnósticos necesarios (Tabla 4: ver Anexo 2). También se disponen de herramientas para medir la severidad de una depresión como el Inventario de Depresión de Beck. Consiste en un cuestionario autoadministrado formado por 21 preguntas de respuesta múltiple relacionadas con síntomas depresivos como la desesperanza, la irritabilidad, la fatiga, sentimientos de culpa o la pérdida de peso. Hay que añadir que el resultado de este inventario no sería suficiente para realizar un diagnóstico de depresión (63).

El profesional de Enfermería además de conocer los tratamientos farmacológicos, y otras opciones terapéuticas realizadas por otros profesionales como la terapia psicológica, también debe conocer aquellas intervenciones que puede llevar a cabo de manera autónoma y cuya eficacia está basada en la evidencia. En el caso de la depresión se pueden encontrar:

- La biblioterapia, incluido como diagnóstico NIC (4680) y que se define como la *“utilización terapéutica de la literatura para potenciar la expresión de sentimientos y resolución activa de problemas, afrontamiento o introspección (64)”*.
- El ejercicio físico. Es conocido que la práctica de actividad física produce una mejora del humor y sensación de bienestar (65).
- Hierba de San Juan o hipérico (*Hypericum perforatum*). Es una planta medicinal con múltiples aplicaciones. Entre ellas se encuentra su uso para el tratamiento de la depresión leve a moderada. Algunos autores afirman que es tan eficaz como los fármacos y con menos efectos secundarios (66). El profesional deberá supervisar la toma de esta hierba y valorar la dosis y la progresión de su uso. Se advertirá también de

sus interacciones con otros fármacos como anticonceptivos orales, warfarina, digoxina y ciclosporina, y de nunca tomarla simultáneamente con medicamentos antidepresivos (67).

#### 5.5. DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS

La Enfermería desempeña un trabajo de ayuda y cercanía al paciente. En muchas ocasiones la enfermera supone el primer acercamiento, de fácil acceso, para el paciente y familia, como es el caso de la enfermera de Atención Primaria.

Es en estas consultas donde, en no pocas ocasiones, los pacientes verbalizan su perturbación emocional, cuando se sienten sobrepasados ante las demandas de la vida y presentan ese conjunto de reacciones fisiológicas, emocionales y cognitivas que supone el estrés.

Desde enfermería se pueden valorar señales de aviso como; tensión arterial alta, falta de concentración, insomnio, alteraciones nutricionales, trastornos sexuales, irritabilidad, insomnio, dolores musculares y alteraciones sociales, entre otros, que pueden indicar un nivel elevado de estrés. Estos signos y síntomas permiten establecer una serie de diagnósticos sobre los cuales se trabajará para recuperar el estado de salud adecuado (Tabla 5: ver Anexo 3).

Para el abordaje terapéutico del estrés y/o la ansiedad desde Enfermería se puede actuar partiendo de la metodología de Hildergard Peplau. Peplau, define al ser humano como un organismo que vive en un equilibrio inestable, con capacidad para aprender y desarrollar aptitudes que le permitan adaptarse a las tensiones creadas por sus necesidades y solucionar los problemas. La figura de la enfermera, a través de su personalidad, desarrollará una relación terapéutica con el paciente y aprenderá a emplear la ansiedad experimentada por la persona para ayudarla a comprender los problemas y las posibles soluciones (68).

Por ello, intervenciones de Enfermería como las técnicas de relajación y educación sanitaria son efectivas para ayudar a los pacientes a controlar y/o disminuir los síntomas de la ansiedad y/o el estrés. Estudios evidencian que las intervenciones enfermeras enseñanza: grupo (5604), educación para la salud (5510) o disminución de la ansiedad (5820) consiguen disminuir el malestar y el número de visitas a las consultas (69,70).

Entre las técnicas de relajación hay que destacar la Relajación Progresiva de Jacobson y el Entrenamiento Autógeno de Schultz. La relajación progresiva de Jacobson es un método de carácter fisiológico orientado a la relajación muscular, enseñando a la persona a conseguirlo a través de la tensión y relajación de distintos grupos musculares. Este método está formado por tres fases: la primera fase se denomina tensión-relajación, y como su nombre indica se tensan y relajan diferentes músculos del grupo; la segunda fase consiste en comprobar mentalmente que los músculos se han relajado totalmente; y, por último, la tercera fase denominada relajación mental se debe pensar en una escena agradable o mantener la mente en blanco para conseguir relajar la mente a la vez que continúa relajado el cuerpo. Esta técnica suele durar aproximadamente 20 minutos (71).

El Entrenamiento Autógeno de Schultz consiste en entrenar al paciente para que él mismo genere el estado de relajación. Se basa en la unión cuerpo – mente, según la cual una adecuada representación mental producirá el cambio corporal correspondiente (Ver Anexo 4) (72).

Otros tratamientos para el manejo de los trastornos de ansiedad son la biblioterapia, también utilizada en la depresión, y los programas de autoayuda online basados en la Terapia Cognitiva Conductual, y que serían de gran ayuda a aquellas personas que por su lugar de residencia

pueden tener un peor acceso a las consultas, que viven fuera o viajan frecuentemente, que están familiarizados con el uso de internet o que simplemente prefieren mantener el anonimato (39).

También se pueden encontrar hierbas medicinales como tratamiento de la ansiedad leve y moderada. Para ello previamente la enfermera debe conocer los beneficios y los riesgos de su uso. Entre estas hierbas se pueden encontrar la valeriana (*Valeriana officinalis*), la pasionaria (*Passiflora caerulea*) o el ginkgo biloba (*Ginkgo biloba*) (39).

## 5.6. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL INSOMNIO

Al igual que ocurre con la ansiedad, el insomnio está registrado como diagnóstico enfermero. Los principales diagnósticos incluidos en NANDA para abordar el patrón alterado del sueño son el Trastorno del patrón del sueño (00198) y el Insomnio (00095) propiamente dicho (64).

Hay que recordar que, el manejo del insomnio se debe basar en estrategias no farmacológicas, como unas correctas pautas de higiene y sueño o terapia cognitivo conductual. Cuando esto resulta insuficiente es cuando se debe recurrir al tratamiento farmacológico por lo que hay que evitar que se convierta en un problema crónico.

Los profesionales de Enfermería podemos llevar a cabo la intervención de educación en higiene del sueño. Previamente se debe realizar una anamnesis y una valoración lo más completa sobre los hábitos de sueño del paciente para poder conocer la etiología y determinar la gravedad del problema como por ejemplo la intensidad y frecuencia de los síntomas. A continuación, se exponen las medidas básicas que se indican al paciente (32,73):

- Establecer horarios regulares para comer, dormir y levantarse. Los cambios constantes en los horarios de sueño aumentan la probabilidad de sufrir dificultades para dormir.
- Establecer condiciones ambientales adecuadas para dormir: temperatura agradable (18-20°C), ausencia de ruidos, cama (tipo, peso de ropa, colchón).
- Evitar comidas copiosas antes de la hora de acostarse. Los productos lácteos como la leche o el yogur, que contienen triptófano, facilitan la inducción del sueño.
- Evitar la ingesta de sustancias estimulantes como el café y el té sobre todo a partir de las 17 horas, y el tabaco. Limitar el consumo de alcohol sobre todo por la noche ya que fragmenta el sueño.
- Irse a la cama solo si se tiene sueño, y con la sensación de que se tiene “todo hecho”, incluidas las necesidades fisiológicas.
- Evitar las siestas o los periodos breves de sueño durante el día. En caso de echar la siesta esta no debe superar los 30 minutos.
- Evitar hacer ejercicio físico por la noche por su efecto estimulante, siempre al menos tres horas antes de ir a dormir.
- Asociar la cama con el hecho de dormir. Evitar actividades como ver la televisión, utilizar el teléfono móvil, o escuchar música. Revisar el uso de tecnologías especialmente Tablet y el móvil dada la interferencia de estas pantallas en el sueño.
- Establecer una rutina de acciones que nos ayuden a prepararnos física y mentalmente para ir a la cama: ponerse el pijama, preparar la ropa del día siguiente, etc.
- Practicar técnicas de relajación antes de acostarse puede contribuir a dormir mejor.

Es conveniente entregar estas pautas por escrito, o al menos aquellas que el paciente incumple.



## CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES

La elaboración de este trabajo me ha permitido conocer la situación actual respecto al consumo de psicofármacos en la población, especialmente de las benzodiacepinas y antidepresivos. Un consumo que cada vez crece más. Durante mis prácticas, no era extraño ver en numerosas recetas la prescripción de alguno de estos fármacos y en ocasiones ni los propios pacientes sabían para qué eran. En otras ocasiones me ocurría lo mismo con personas más cercanas, y cuando intentaba explicar lo que yo conocía acerca de ellos, respondían con frases tipo: “¿Cómo va a provocarme daño algo que me ha recetado el médico? / ¿Cómo voy a ser adicto a algo que me han recetado?”.

La sociedad está cada vez más medicalizada, y el consumo de fármacos es la respuesta fácil a cualquier problema, en este caso a los relacionados con las emociones. En situaciones agudas de ansiedad, por ejemplo, las benzodiacepinas inducen un estado de mayor tranquilidad. Es esa sensación de bienestar la que puede acabar en una dependencia. Por ello su consumo no debe superar las cuatro semanas. En el caso de los antidepresivos está demostrado que solo son efectivos en episodios depresivos graves. Pero estos psicofármacos no curan o solucionan los problemas o conflictos emocionales que han derivado en dichas patologías.

Como dice Mara Dierssen, “el cerebro ideal es aquel capaz de adaptarse a lo que va sucediendo”. Las emociones mal gestionadas pueden derivar en los problemas de estrés, ansiedad, depresión o insomnio descritos, y que cada vez son más frecuentes en la sociedad. Es por ello por lo que los profesionales de Enfermería debemos incluir en nuestros cuidados las emociones de los pacientes, ya que son un eje fundamental para el equilibrio y el bienestar de su salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cardeñoso R. Intervenciones Enfermeras (NIC) para el cuidado emocional. ¿Por qué y cómo cuidamos las enfermeras el estado emocional de las personas. 2019.
2. Fernández T, Gómez M, Baidés C, Martínez J. Factores que influyen en la prescripción de benzodiacepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2002;30(5):297-303.
3. Anseán A. Psiquiatrización de la vida cotidiana. Disease mongering en salud mental. :223-42.
4. Cabanyes J. La salud mental en el mundo de hoy. EUNSA. 2012. 168 p.
5. Bruce L. La biología de la creencia. 10ª. Madrid; 2007. 304 p.
6. Cossio F, Costanzo N. Chi Kung o Qi Gong. Una técnica terapéutica de la medicina tradicional china. 2019.
7. Fraile R, Ochoa I, Guillén J, García-Arranz A. El gasto farmacéutico en España, 2018. *EAE Bus Sch*. 2019;
8. Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013. 2015;4. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepresivos-2000-2013.pdf>
9. Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2012. 2014. p. 4.
10. Encuesta Nacional de Salud. España 2017 [Internet]. 2018 [citado 21 de mayo de 2019]. p. 12. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017\\_notatecnica.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf)
11. Informe del Sistema Nacional de Salud 2017 [Internet]. 2018 [citado 21 de mayo de 2019]. p. 65. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2017/7\\_CAP\\_17.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2017/7_CAP_17.pdf)
12. Españoles FE de F. Observatorio del medicamento. 2018. p. 8.
13. Encuesta sobre el alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2017. 2018;137. Disponible en: [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES\\_2017\\_Informe.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf)
14. Ministerio de Sanidad C y BS. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2017 [Internet]. 2017. p. 137. Disponible en: [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES\\_2017\\_Informe.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf)
15. Secades R, Rodríguez E, Valderrey J, Fernández J, Vallejo G, Jiménez J. El consumo de

psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). 2003;15(4):650-5.

16. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 21 de mayo de 2019]. Disponible en: [http://origin.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://origin.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
17. Almazán J, Arrojo M, Bernardo M, Bulbena A, de Pedro J, Fernández R, et al. SALUD MENTAL Y SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA [Internet]. De Pedro J, Noguer I, García F, Rodríguez C, editores. Madrid; 137 p. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=09/01/2018-44802ce4e8>
18. OMS. Día Mundial de la Salud-7 de abril de 2017 [Internet]. 2017. [citado 15 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>
19. Haro J, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin. 2006;126(12):445-51.
20. Pérez A. Soc Española Neurol. 2019.
21. Regueiro A. Conceptos básicos: ¿Qué es el estrés y cómo nos afecta? p. 1-99.
22. Tríptico Estrés. Universidad de Granada.
23. Sierra J, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferencia. Mal-estar e subjetividad. 2003;3(1):10-59.
24. Rebato C. Cuidar las emociones para estar sano. 2019.
25. Nogareda S. Fisiología del estrés.
26. Unidad 3. Estrés y ansiedad [Internet]. [citado 25 de mayo de 2019]. p. 1-18. Disponible en: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf>
27. Díaz M. Control de respuestas emocionales: investigación y aplicaciones. Universidad Complutense de Madrid; 2013.
28. García-Torres F. El triple sistema de respuesta de la ansiedad, la personalidad y la depresión: una comparación entre supervivientes al cáncer de mama y un grupo control. Universidad de Córdoba; 2012.
29. Tortella-Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. C Med Psicosom. 2014;(110):62-9.
30. Depresión [Internet]. [citado 25 de mayo de 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/es/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/)
31. Sandín B, González J, Portellano J. Estrés y depresión.
32. Bejarano J. Trastornos del estado de ánimo. 2017.
33. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. 2009. p. 1-170.
34. Taylor D, Mallory L, Lichstein K, Durrence H, Riedel B, Bush A. Comorbidity of Chronic Insomnia With Medical Problems. *Dormir*. 2007;30:213-8.

35. Lizarbe V, Villar M, Astorga M. Drogas, Glosario de términos de alcohol y.
36. Diferencias entre uso, abuso y dependencia [Internet]. 2010 [citado 25 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://ocw.innova.uned.es/ocwuniversia/Educacion-Vial/efecto-de-alcohol-las-drogas-y-otras-sustancias-en-la-conduccion/cap4>
37. Lista Modelo de Medicamentos esenciales de la OMS. 2013. p. 38.
38. Qaseem A, Kansagara D, Forciea M, Cooke M, Denberg T. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults. A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. 2016;165(2):125-33. Disponible en: <https://annals.org/aim/fullarticle/2518955/management-chronic-insomnia-disorder-adults-clinical-practice-guideline-from-american>
39. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. 2008. p. 162.
40. Committee on Safety of Medicines [Internet]. 1988. Disponible en: <https://benzo.org.uk/commit.htm>
41. Pfeiffer P, Ganoczy D, Zivin K, Valenstein M. Benzodiazepines and adequacy of initial antidepressant treatment for depression. J Clin Psychopharmacol. 2011;31(3):360-4.
42. de Celis M. El último metaanálisis sobre antidepresivos: Nada nuevo bajo el sol. Contemporánea. 2018;9(7):1-5.
43. Cipriani A, Salanti A, Chaimani A, Atkinson L, Ogawa Y, Leucht S, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet. 2018;391(10128):1357-66.
44. Andrews P, Gott L, Thomson A. Primum non nocere: an evolutionary analysis of whether antidepressants do more harm than good. Front. Psychol. 2012.
45. Romero S. Los antidepresivos podrían reducir el riesgo de tumor cerebral.
46. Fisher H. ¿Por qué amamos?
47. Renoux C, Vahey S, Dell'Aniello S, Boivin J. Association of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors With the Risk for Spontaneous Intracranial Hemorrhage. JAMA Neurol. 2017;74(2):173-80.
48. Woolcott J, Richardson J, Wiens O, Marin J. Meta-analysis of the Impact of 9 Medication Classes on Falls in Elderly Persons. Arch Intern Med. 2009;169(21):1952-61.
49. Azparren A, García I. Estrategias para la deprescripción de benzodiacepinas. 2014. p. 13.
50. Fortea A, Oriolo G, Sánchez-Valle R, Castellví M, Balcells M. Deterioro cognitivo secundario a trastorno por uso de benzodiacepinas y su reversibilidad: a propósito de un caso. Adicciones. 2017;61-3.
51. Ficha técnica Diazepam [Internet]. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/39693/FT\\_39693.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/39693/FT_39693.pdf)
52. Geriatrics Healthcare Professionals.

53. Hedegaard M, Bastian B, Trinidad J, Spencer M, Warner M. Drugs Most Frequently Involved in Drug Overdose Deaths: United States, 2011–2016. 2018.
54. Puiguriguer J, Yates C, Gervilla E, Ortega J, Alfaro E, Jiménez r. INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS, EVOLUCION EN LOS ÚLTIMOS AÑOS. 2019.
55. Sanchez G. Las emociones en la práctica enfermera. Universidad Autónoma de Barcelona; 2013.
56. Diccionario de la lengua española.
57. Cardeñoso R. El cuidado. Mi enfermera, testimonio. Nuberos. 2012;1(6):52-3.
58. Colomer A, Benedí J, Granada J, Rams M. Guía de cuidados enfermeros en la red de salud mental de Aragón. 2003.
59. Caminero P, Castelo C, Cañizares G, Gonzalez M, Luna M, Merchan J, et al. Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid. 2010.
60. Álvarez J, Del Castillo F, Fernández D, Muñoz M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Gijón-Asturias; 2010.
61. El diagnóstico enfermero [Internet]. [citado 25 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.eldiagnosticoenfermero.es/2017/08/nanda-2018-2020.html>
62. López-Cortacans G, Badia W, Caballero A, Casaus P, Piñol J, Aragonès E. Efectividad de un programa para el abordaje multidisciplinar de la depresión que potencia el rol enfermero en Atención Primaria. Metas de Enferm. 2012;15(2):28-32.
63. Inventario de Depresión de Beck [Internet]. Disponible en: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/070\\_psicoterapias1/material/inventario\\_beck.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_beck.pdf)
64. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017. Elsevier, editor. 2015. 568 p.
65. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. 2014.
66. Gastpar M, Singer A, Zeller K. Comparative efficacy and safety of a once-daily dosage of hypericum extract STW3-VI and citalopram in patients with moderate depression: a double-blind, randomised, multicentre, placebo-controlled study. Pharmacopsychiatry. 2006;39(2):66-75.
67. Adams M, Holland N. Farmacología para Enfermería. Madrid; 2009. 930 p.
68. Las asignaturas de enfermería en el curriculum básico [Internet]. Ingesa.mscbs.gob.es. 2019 [citado 30 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Metodologia2.pdf>
69. Ocio Aracama C. Grupo de habilidades cognitivos-conductuales y de control de la respiración en el manejo de la ansiedad en Atención Primaria. Jalgui Col Of Enferm Gipuzkoa. 2010;(45):10-6.
70. Carretero Román, J. ¿Es más efectiva la relajación a nivel grupal que individual para

disminuir la ansiedad en fobias específicas? Nure Inv. 2009;40.

71. Relajación progresiva de Jacobson [Internet]. W3.ual.es. 2019 [citado 30 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://w3.ual.es/Universidad/GabPrensa/controlxamenes/pdfs/capitulo08.pdf>
72. El entrenamiento autógeno de Schultz [Internet]. W3.ual.es. 2019 [citado 30 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://w3.ual.es/Universidad/GabPrensa/controlxamenes/pdfs/capitulo09.pdf>
73. Alamo C, Alonso M, Cañellas F, Martín B, Pérez H, Romero O, et al. Pautas de actuación y seguimiento. 2016.

## ANEXOS

### Anexo 1

Tabla 2. Patrones funcionales y posibles diagnósticos.

Patrón Funcional Alterado	Diagnóstico
Percepción – Manejo de la salud	Gestión ineficaz de la salud (00078)
	Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)
	Deterioro del mantenimiento del hogar (00098)
	Descuido personal (00193)
	Riesgo de lesión (00035)
	Riesgo de automutilación (00139)
	Automutilación (00151)
	Riesgo de violencia dirigida a otros (00138)
	Riesgo de suicidio (00150)
Nutricional - Metabólico	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales
Eliminación	Estreñimiento (00011)
	Riesgo de estreñimiento (00015)
	Incontinencia fecal (00014)
	Diarrea (00013)
Actividad - Ejercicio	Deterioro de la movilidad física (00085)
	Déficit de autocuidado: alimentación (00102)
	Déficit de autocuidado: baño/higiene (00108)

	Déficit de autocuidado: vestido (00109)
	Fatiga (00093)
	Intolerancia a la actividad (0092)
Sueño - Reposo	Trastorno del patrón del sueño (00198)
Cognitivo - Perceptivo	Deterioro de la comunicación verbal (00051)
	Disposición para mejorar la toma de decisiones (00184)
	Discomfort (00214)
	Disposición para mejorar el confort (00183)
Autopercepción - Autoconcepto	Disposición para mejorar el autoconcepto (00167)
	Desesperanza (00124)
	Riesgo de compromiso de la dignidad humana (00174)
	Disposición para mejorar la esperanza (00185)
	Baja autoestima crónica (00119)
	Riesgo de baja autoestima crónica (00224)
	Baja autoestima situacional (00120)
	Riesgo de baja autoestima situacional (00153)
	Trastorno de la imagen corporal (00118)
	Desesperanza (00124)
	Temor (00148)
Rol - Relaciones	Deterioro de la interacción social (00052)
	Disposición para mejorar la relación (00207)
	Relación ineficaz (00223)
	Riesgo de relación ineficaz (00229)
	Cansancio del rol de cuidador (00061)
	Desempeño ineficaz del rol (00055)
	Aislamiento social (00053)
Sexualidad y Reproducción	Disfunción sexual (00059)
	Patrón sexual ineficaz (00065)
Afrontamiento – Tolerancia al Estrés	Síndrome postraumático (00141)
	Afrontamiento defensivo (00071)
	Ansiedad (00146)
	Afrontamiento familiar comprometido (00074)
	Afrontamiento ineficaz (00069)

	Duelo complicado (00135)
Valores - Creencias	Disposición para mejorar el bienestar espiritual (00068)
	Sufrimiento espiritual (00066)
	Riesgo de sufrimiento espiritual (00067)
	Conflicto de decisiones (00083)
	Disposición para mejorar la esperanza (00185)

Nota: Adaptado de Colomer A, Benedí J, Granada J, Rams M. Guía de cuidados enfermeros en la red de salud mental de Aragón. 2003. y Caminero P, Castelo C, Cañizares G, Gonzalez M, Luna M, Merchan J, et al. Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid. 2010.

## Anexo 2

Tabla 4. Diagnósticos e intervenciones de Enfermería en el manejo de la depresión.

Patrón funcional	Diagnóstico	Intervenciones
Percepción y mantenimiento de la salud	Gestión ineficaz de la salud (00078)	Enseñanza: procedimientos/tto (5618) Escucha activa (4920) Facilitar la autoresponsabilización (4480) Ayuda con el autocuidado (1800) Mejora de la imagen corporal (5220)
Nutricional - Metabólico	Desequilibrio nutricional por defecto (1008)	Monitorización nutricional (1160) Gestión de la nutrición (1100)
Eliminación	Estreñimiento (00011)	Manejo del estreñimiento/impactación fecal (0450)
Actividad - Ejercicio	Déficit de actividades recreativas (00097) Intolerancia a la actividad (0092)	Manejo de la energía (180) Enseñanza: ejercicio prescrito (5612)
Sueño - Descanso	Trastorno del patrón del sueño (00198)	Mejorar el sueño (1850) Terapia de relajación (6040)
Cognitivo - Perceptivo	Deterioro de la comunicación verbal (00051)	Apoyo emocional (5270) Escucha activa (4920) Orientación de la realidad (4820)
Autopercepción - Autoconcepto	Baja autoestima crónica (000119) Desesperanza (00124) Impotencia (00125) Ansiedad (00146)	Potenciación de la autoestima (5400) Dar esperanza (5310) Disminución de la ansiedad (5820) Potenciación de la seguridad (5380)



	Temor (00148) Riesgo de violencia autodirigida (00140)	Manejo de la conducta (4350) Prevención del suicidio (6340)
Rol - Relaciones	Deterioro de la interacción social (00052) Desempeño ineficaz del rol (00055)	Aumentar los sistemas de apoyo (5440) Potenciación de la socialización (5100) Potenciación de roles (5370)
Sexualidad - Reproducción	Disfunción sexual (00059) Patrón sexual ineficaz (00065)	Asesoramiento sexual (5248) Mejorar el afrontamiento (5230)
Adaptación – Tolerancia al estrés	Afrontamiento ineficaz (00069)	Manejo del afrontamiento (5230) Apoyo en la toma de decisiones (5250) Facilitar la expresión del sentimiento de culpa (5300) Facilitar la meditación (5960)
Valores – Creencias	Sufrimiento espiritual (00066)	Apoyo espiritual (5420)

Nota: Adaptado de Caminero P, Castelo C, Cañizares G, Gonzalez M, Luna M, Merchan J, et al. Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid. 2010.

### Anexo 3

Tabla 5. Diagnósticos e intervenciones de Enfermería en el manejo de la ansiedad y el estrés.

Patrón funcional	Diagnóstico	Intervenciones
Percepción y mantenimiento de la salud	Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)	Enseñanza: proceso de enfermedad (5602) Enseñanza: grupo (5604)
Nutricional - Metabólico	Desequilibrio nutricional por defecto (1008) Riesgo de sobrepeso (00234) Náuseas (00134)	Monitorización nutricional (1160) Gestión de la nutrición (1100) Manejo de las náuseas (1450)
Eliminación	Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional (00197))	Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)
Actividad - Ejercicio	Déficit de actividades recreativas (00097)	Terapia de actividad (4310) Terapia de entretenimiento (5360)
Sueño - Descanso	Trastorno del patrón del sueño (00198)	Mejorar el sueño (1850) Terapia de relajación (6040)
Cognitivo - Perceptivo	Disconfort (00214)	Ayuda en la modificación de sí mismo (4470)

Autopercepción - Autoconcepto	Impotencia (00125) Temor (00148) Desesperanza (00124) Baja autoestima crónica (000119)	Reestructuración cognitiva (4700) Relajación muscular progresiva (1460) Modificación de la conducta (4360) Potenciación de la autoestima (5400) Dar esperanza (5310)
Rol - Relaciones	Aislamiento social (00053) Deterioro de la interacción social (00052) Desempeño ineficaz del rol (00055)	Aumentar los sistemas de apoyo (5440) Potenciación de la socialización (5100) Potenciación de roles (5370)
Sexualidad - Reproducción	Disfunción sexual (00059)	Asesoramiento sexual (5248) Mejorar el afrotamiento (5230)
Adaptación – Tolerancia al estrés	Afrontamiento ineficaz (00069) Deterioro de la resiliencia (00210)	Mejorar del afrontamiento (5230) Apoyo en la toma de decisiones (5250)
Valores – Creencias	Sufrimiento espiritual (00066)	Apoyo espiritual (5420)

Nota: Adaptado de Caminero P, Castelo C, Cañizares G, Gonzalez M, Luna M, Merchan J, et al. Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid. 2010.

## Anexo 4

Entrenamiento Autógeno de Schultz.

El esquema del entrenamiento quedaría de la siguiente manera:

Repetir 6 veces la frase: "El brazo derecho es muy pesado" (relajación muscular).  
 Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo".  
 Repetir 6 veces la frase: "El brazo derecho está muy caliente" (regulación vascular).  
 Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo".  
 Repetir 6 veces la frase: "El pulso es tranquilo y regular" (regulación cardíaca).  
 Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo".  
 Repetir 6 veces la frase: "Respiración muy tranquila" (control de la respiración).  
 Repetir 1 vez la frase: "Estoy respirando".  
 Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo".  
 Repetir 6 veces la frase: "El plexus solar es como una corriente de calor".  
 Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo".  
 Repetir 6 veces la frase: "La frente está agradablemente fresca".  
 Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo".

Nota: Extraído de: El entrenamiento autógeno de Schultz [Internet]. W3.ual.es. 2019 [citado 30 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://w3.ual.es/Universidad/GabPrensa/controlxamenes/pdfs/capitulo09.pdf>